

FORMULAR ZUR ABGABE DURCH DEN ARBEITGEBER

Persönliche Erklärung

Art. 66 des Vorsorgereglements. Angaben zum Austritt

Formular senden an: BVK, Obstgartenstrasse 21, Postfach, 8090 Zürich

Angaben zum bisherigen Arbeitgeber

Arbeitgeber:

Kontaktperson: (Vorname, Name)

Vertrags-Nr.:

Telefon-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Angaben zur versicherten Person

Name:

Sozialversicherungs-Nr.:

756.

Strasse/Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Private Telefon-Nr.:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresszusatz:

Personal-Nr.:

Private E-Mail-Adresse:

Angaben zum Austritt

Datum des Austritts:

Dieses Formular muss so früh wie möglich, aber **spätestens 2 Monate vor dem Austritt** vom Arbeitgeber der arbeitnehmenden Person übergeben werden. Vielen Dank für die Zusammenarbeit.

→ Die folgenden Seiten sind von der versicherten Person auszufüllen!

Hinweise für versicherte Personen

Mit diesem Formular teilen Sie uns verbindlich mit, wie die BVK mit Ihrer Freizügigkeitsleistung verfahren soll. Weitere Informationen zur Verwendung der Freizügigkeitsleistung finden Sie auf unserem Merkblatt «Freizügigkeitsleistung». Die entsprechenden reglementarischen Bestimmungen können im Art. 66 des Vorsorgereglements nachgelesen werden.

Die Freizügigkeitsleistung wird an die registrierte Vorsorgeeinrichtung Ihres neuen Arbeitgebers überwiesen. Sollte dies nicht möglich sein, wird der Vorsorgeschutz im Sinne des BVG aufrechterhalten. Sie haben in diesem Fall die Wahl zwischen der Errichtung eines Freizügigkeitskontos oder einer Freizügigkeitspolice.

Die Angaben auf diesem Formular gelten auch für eine etwaige Zusatzvorsorge bei der BVK. Sofern Sie eine abweichende Auszahlungsadresse für die Zusatzvorsorge wünschen, bitten wir Sie, uns telefonisch zu kontaktieren.

Einsendefrist: Bitte stellen Sie uns das ausgefüllte Formular spätestens auf das Austritts- bzw. Übertrittsdatum zu, damit wir Ihr Vorsorgeverhältnis regeln können. Die Überweisung Ihrer Freizügigkeitsleistung erfolgt in der Regel 30 Tage nach Austritt aus der BVK. Bleibt Ihre Mitteilung aus, überweist die BVK sechs Monate nach Austrittsdatum Ihre Freizügigkeitsleistung samt Zins an die Stiftung Auffangeinrichtung BVG.

A) Sie haben einen neuen Arbeitgeber

Haben Sie innerhalb der nächsten zwei Monate nach Austritt eine Anstellung über einen Arbeitgeber, der ebenfalls bei der BVK angeschlossen ist? Dann brauchen Sie das Formular **nicht** einzureichen.

Angaben zum neuen Arbeitgeber	Datum Stellenantritt:	_____	
	Arbeitgeber:	Strasse/Nr.:	_____
	Adresszusatz:	PLZ:	Ort:
	_____	_____	_____
Angaben zur neuen Vorsorgeeinrichtung	Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse):	_____	
	Adresszusatz:	PLZ:	Ort:
	_____	_____	_____

Zahlungsinstruktion zur Übertragung Ihrer Freizügigkeitsleistung an die neue Vorsorgeeinrichtung	Zahladresse		
	Name der Bank:	PLZ:	Ort:
	_____	_____	_____
	IBAN:	_____	

(Bitte Einzahlungsschein beilegen)

B) Sie haben keinen neuen Arbeitgeber

Bitte geben Sie an, wohin Ihre Freizügigkeitsleistung übertragen werden soll.

**Varianten für
den Übertrag
Ihrer Freizügigkeits-
leistung**

- Freizügigkeitskonto bei der Stiftung Auffangeinrichtung BVG
(www.aeis.ch, Telefon 041 799 75 75)
- Freizügigkeitskonto bei einer anderen Bank oder Freizügigkeitspolice bei einer
Versicherung, nämlich bei: (Kontoeröffnungsantrag oder Antragsformular Police sind beizulegen.)

C) Geringfügigkeit der Freizügigkeitsleistung

**Die Freizügigkeits-
leistung beträgt
weniger als der
persönliche
Jahresbeitrag und
wird ausbezahlt**

Name der Bank:

PLZ:

Ort:

IBAN:

Kontoinhaber/-in: (Vorname, Name)

D) Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung

Eine **Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung** ist nur in folgenden zwei Ausnahmefällen möglich:

- Sie verlassen die Schweiz endgültig
- Sie nehmen eine selbstständige Erwerbstätigkeit auf und unterstehen nicht mehr der obligatorischen Versicherung

In diesem Fall füllen Sie nur das Formular «Antrag auf Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung» aus (unter www.bvk.ch/Services/Downloads/Formulare). Auf Wunsch können wir Ihnen dieses auch per Post zustellen.

Erklärung der versicherten Person:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dieses Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt und die gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen zur Kenntnis genommen zu haben.

Name:

Vorname:

Ort/Datum:

Unterschrift versicherte Person: